UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936 - N° 268

L'ENDOMÉTRIOME DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT
DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
Mention "Médecine"

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 29 Juillet 1936

PAR

CHAIM-LEJB GOLDBERG
Né à Solec (Pologne), le 11 Janvier 1909

Examinateurs de la Thèse :

MM. BÉGOUIN, professeur.... *Président*
ROCHER, professeur. ...
PAPIN, professeur ..... *Juges*
DUFOUR, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, RUE MARGAUX, 20
1936

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543912_0044

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936 - N° 268

L'ENDOMÉTRIOME DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT
DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
Mention "Médecine"

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 29 Juillet 1936

PAR

CHAIM-LEJB GOLDBERG

Né à Solec (Pologne), le 11 Janvier 1909

Examinateurs de la Thèse :

MM. BÉGOUIN, professeur.... *Président*
ROCHER, professeur. ... *Juges*
PAPIN, professeur ..... *Juges*
DUFOUR, agrégé..... *Juges*

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC

ASSESSEUR : M. LABAT

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'Accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité medicale	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale) R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	DAMADE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DE GRAILLY.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	FONTAN.	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine operatoire	PAPIN.	Physique medicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Medecine legale	DERVILLÉE.
Puériculture	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Urologie	DARGET.

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.... N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma gratitude
et de ma très grande affection.

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A LUSIA

Ma profonde tendresse.

A MES AMIS

A IZA ET A NACHUM BOGRACHOW

A MADEMOISELLE NAGEL

De notre vie d'étudiant il nous reste une amitié sûre.

AU DOCTEUR JACQUES FELLONNEAU

AU DOCTEUR ANDRÉ DUSSERT

Quelque soit notre éloignement, notre amitié demeurera indéfectible.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAFFARGUE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

qui nous manifesta toujours sa bienveillance, nous adressons nos sentiments respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MASSÉ

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEF DE LABORATOIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

qui nous inspira le sujet de notre thèse, toute notre reconnaissance.

A TOUS NOS MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HOPITAUX

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEGOUIN

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Mon cher Maître,

Je vous remercie de l'excellent enseignement que j'ai reçu dans votre service. Acceptez ce modeste hommage de ma gratitude que vous me faites de présider cette thèse.

INTRODUCTION

En France l'endométriome de la cloison recto-vaginale (C.R.V.) était réputé comme exceptionnel et peu connu. A part un article de Forgue et Massabuau (1913), il n'a été publié que quelques observations jusqu'en 1925. Michon et Comte, en 1926, font une étude de cette affection en se basant sur leurs 15 observations personnelles. Il faudrait mentionner aussi la Thèse de Nathan (Paris, 1929) et deux Thèses de Bordeaux concernant l'étude de l'endométriome en général.

Nous avons eu l'occasion de trouver quelques observations inédites concernant l'endométriome de la cloison recto-vaginale dans les services de chirurgie de l'Hôpital Saint-André à Bordeaux et nous avons jugé utile de rassembler ces cas pour apporter une revue générale de cette question. Dans les pages qui suivent, nous avons également réuni les travaux qui ont apparu dans la littérature médicale française et étrangère, pour apporter ainsi à l'étude de l'endométriome R. V. notre modeste contribution.

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

L'endométriome était peu connu avant les publications de Von Reclinghausen en 1893, 1896.

Peu après, de nombreux travaux fixent les caractères des adénomyomes utérins : la tumeur a les caractères anatomiques et physiologiques de la muqueuse utérine et c'est pour cela que les auteurs modernes lui donnent le nom d'endométriome.

L'endométriome R.V., malgré son importance clinique, a été étudié tardivement. C'est Pjannenstiel (1897), puis Pick (1898) qui publient les premières observations.

Après la Thèse sur les *Adéomyomes de l'utérus* du Professeur Pollosson, les travaux de Louis (1908) et de Von Franqué, on arrive à affirmer la nature bénigne de l'endométriome de la C.R.V.

Avant la guerre encore, de nombreux auteurs allemands considèrent l'endométriome de la C.R.V. comme bénin et déclarent inutile l'excision rectale au cours de l'intervention.

Mais c'est surtout Cullen et Cuthbert, Lockyer qui apportent une étude complète de l'adénomyomatose dans plusieurs observations.

Depuis 1923, A. Donald et de nombreux auteurs anglais insistent sur la fréquence et l'importance de ces tumeurs pelviennes et, en même temps, Sampson, Lauche, expliquent leur pathogénie par l'essaimage de cellules de la muqueuse utérine dû à la menstruation rétrograde.

En France, comme nous l'avons dit, la question était peu étudiée, à part l'article de Forgue et Massabuau (1913).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les endométriomes sont des tumeurs organoïdes, c'est-à-dire formées d'un ensemble épithélio-conjonctif. L'élément conjonctif est constitué de tissu analogue à celui de l'endométriome. Lorsque un élément musculaire s'ajoute, il donne à la tumeur un aspect extérieur qui la fait ressembler au fibrome.

Si le tissu musculaire est raréfié, la tumeur devient kystique. Ces kystes développés aux dépens des tubes épithéliaux, peuvent être vides, ce qui est rare, ou bien ils sont remplis par du sang qui peut être pur ou dégénéré (liquide brun noirâtre).

Leur grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois.

D'après l'élément kystique, la tumeur se distingue en :

1° endométriome plein (solénome) ;

2° endométriome kystique.

Un caractère très spécial de l'endométriome est sa faculté de prolifération diffuse, d'infiltration et l'absence d'encapsulation. Si l'endométriome a tendance à augmenter de volume, l'accroissement se produit lentement, de proche en proche, aux organes voisins : vessie, rectum, anses sigmoïdes, vagin, etc.

Pourtant les endométriomes se comportent comme des tumeurs bénignes. Dans le cas de l'endométriome de la C.R.V., la tumeur pénètre les assises musculaires, infiltre la sous-muqueuse, mais n'entame jamais la muqueuse rectale. La constatation de ce fait, en clinique, permet de faire le diagnostic différentiel entre le cancer du rectum et la sténose par endométriome. Dans d'autres cas, on voit de même que certains

éléments sont respectés et notamment les parois vasculaires, les épitheliums glandulaires ou de revêtement. Le tissu adjacent est plutôt dissocié que détruit.

Au point de vue localisation et rapports anatomiques des endométriomes de la C.R.V. Michon et Comte décrivent quatre formes :

I. — *Forme vaginale :* L'affection siège à la partie supérieure de la paroi vaginale postérieure. La tumeur peut atteindre soit la muqueuse vaginale, et la lésion se présente alors sous forme de petits kystes bleuâtres, soit la séreuse péritonéale où la lésion se présente sous forme d'adhérences au fond du Douglas.

II. — *Forme nodulaire :* A ce stade, la tumeur acquiert le volume d'une noisette située à la face postérieure du col.

III. — *Forme pelvienne :* L'évolution de la tumeur est très avancée, les organes voisins sont refoulés, comprimés, surtout le rectum et les uretères.

IV. — *Forme diffuse :* La tumeur commence à envahir le tissu voisin, la paroi rectale, mais la muqueuse reste indemne.

Structure microscopique

Histologiquement, l'endométriome est dans le cas typique un « petit utérus en miniature ». Ces tumeurs adénomyomateuses présentent généralement trois éléments constitutifs :

1.) un épithelium ;

2.) un stroma cytogène ;

3.) des fibres musculaires lisses.

1.) L'épithelium, généralement unistratifié, est ordonné en tubes glandulaires, formés de cellules hautes, prismatiques, parfois ciliées avec un noyau ovoïde à la base. Ces tubes sur des coupes perpendiculaires à l'axe, se présentent sous différentes formes : droits, tordus, sinueux. La dilatation de ces

tubes peut donner lieu à des formations kystiques, qui contiennent du sang, du pigment, des macrophages. Dans ces formations kystiques, l'épithelium tend à s'aplatir, et peut même disparaître dans les kystes anciens.

2.) Le stroma cytogène, homologue du chorion muqueux, est constitué par des petites cellules trapues, pauvres en cytoplasme, riches en chromatine, à protoplasma rameux, formant avec les cellules voisines des mailles serrées où sont disséminés en grand nombre les vaisseaux capillaires sanguins. Le stroma cytogène se rencontre le plus souvent aligné tout autour des tubes. Ce tissu a une grande importance dans la progression infiltrative de l'endométriome.

3.) Le léiomyome n'est pas constant et ne signe pas de façon péremptoire la nature endométriale d'une tumeur. Lorsqu'elles existent, les fibres musculaires lisses (analogues à celle de l'utérus) sont disposées en faisceaux arciformes. Jayle établit la règle suivante : la quantité de tissu musculaire est proportionnelle au volume du tissu musculaire de l'organe dans lequel se développe l'endométriome. Dans l'utérus la quantité musculaire de la tumeur est considérable, dans les trompes elle est faible.

Histologiquement on peut se baser sur la présence ou l'absence du tissu cytogène pour faire le diagnostic d'endométriome. C'est lui, le seul de ces trois éléments (épithelium, stroma, cytogène, leiomyome), qui caractérise l'adénomyome (Michon, Comte, Cornil, Mossinger).

Pathogénie

Dans cette étude, nous examinerons d'abord la conception de l'adénomyome et de l'adénomyose.

L'adénomyome est une néo-formation limitée et circonscrite, formée par une prolifération simultanée d'éléments glandulaires et musculaires.

L'adénomyose se traduit par une muqueuse identique à l'épithelium et au chorion utérin. On la rencontre dans les organes génitaux de la femme, mais aussi sur le péritoine pariétal et viscéral, dans l'ombilic, le pli inguinal, etc... Selon Robert Mayer et Frankl, l'adénomyome et l'adénomyose ne sont que deux stades de la même maladie : L'adénomyome serait une *adénomyose proliférative*. Mais Lauche et Lehm estiment que l'adénomyome et l'adénomyose ont une pathogénie différente, étant donnés leurs points de localisation. L'adénomyome sera rattaché à des germes d'origine congénitale relevant du canal de Wolf ou de Gärtner. L'adénomyose externe a été expliquée aussi par une théorie congénitale la rattachant à des enclaves du canal de Muller.

En ce qui nous concerne nous allons examiner la pathogénie de l'endométriome R.V. comme liée à l'étude de l'endométriose en général.

Ce sujet a suscité un nombre considérable de travaux, dont voici les principaux :

1°) D'après Reclinghausen, l'endométriome serait analogue comme structure au corps de Wolf et se développerait aux dépens de vestiges du pronephros, ou du canal lui-même. Pour soutenir sa théorie, Reclinghausen explique la situation médiane et externe des endométriomes jusqu'au sommet de l'utérus, comme provenant de la localisation du corps de Wolf par rapport aux canaux de Muller et au canal de Wolf.

Cette théorie fut longuement défendue par Aschoff, Bluhm, et dernièrement par Mossinger, qui cite un cas personnel d'adé-

nomyome tubaire où l'origine wolfienne lui semble certaine. Dans le même ordre d'idée, Nathan (Thèse de Paris 1929), émet l'opinion que tous les endométriomes se développeraient au dépens de restes wolfiens.

Mais, après le travail critique de Rosmann, on abandonne la théorie mullerienne qui voit la cause des endométriomes dans une prolifération adénomateuse des canaux accessoires de Muller ou des noyaux mulleriens aberrants.

On objectait à ces deux conceptions, qu'elles étaient incapables d'expliquer les endométriomes extra-génitaux de l'ombilic et de l'S iliaque par exemple, que les tubes excréteurs et sécreteurs n'étaient que des grands kystes adénomateux à cellules hautes. Cependant ces hypothèses dysembryoplasiques trouvent à présent encore des défenseurs fervents. Actuellement la plupart des auteurs acceptent la théorie wolfienne pour expliquer la pathogénie des adénomyoses de la partie utéro-latérale du segment inférieur du col de l'utérus, de ceux qui sont localisés dans les ligaments sacro-utérins et même au niveau des cornes utérines.

La théorie péritonéale métaplasique est plus récente. Elle repose sur le fait, bien démontré par Oberling, que tous les endométriomes extra-utérins se développent dans les régions où le péritoine peut être mis en cause. Ils sont considérés comme résultants de la métaplasie des cellules péritonéales (cellules normalement aplaties) en cellules cubiques. Quant à la cause de cette métaplasie, Oberling admet l'action d'un facteur hormonal ovarien, en se basant sur les faits suivants : les endométriomes subissent des modifications menstruelles et ils guérissent à la suite d'une castration chirurgicale.

Cette pathogénie semble bien expliquer le développement de l'endométriome R.V. qui pourrait ainsi tirer son origine soit du péritoine soit de la muqueuse vaginale.

3°) Tout dernièrement Sampson et avec lui plusieurs autres auteurs américains, ont fait jouer un rôle à la méthode de greffage et apportent un nouvel élément à l'explication de la pathogénie, si complexe, de l'endométriome.

Ils attribuent l'existence de l'adénomyose à des débris de la muqueuse utérine ou de la trompe, à la suite de la rupture d'un kyste chocolat de l'ovaire, de la desquamation menstruelle, et même de la menstruation rétrograde.

La conception qui met en cause la desquamation menstruelle n'est pas soutenable, car jusqu'à présent l'expérimentation n'a pas réussi à transplanter la muqueuse utérine desquamée qui semple dépourvue de toute vitalité.

A ce propos il nous paraît utile de rapporter une observation d'Okinczyc et Pasturier (*Bull. et Mem. Soc. de chirurgie*, Paris, 30 sept. 1932), qui ont pu transplanter un fragment d'endomètre dans le vagin :

« Il s'agit d'une femme âgée de 32 ans qui présente un carcinome du col. On pratique une opération radicale de Schaute. Un fragment de muqueuse utérine est introduit entre le bord antérieur de la plaie vaginale et le péritoine vésical auquel celui-ci a été suturé. Deux autres fragments sont fixés dans les plaies pratiquées dans les deux parois latérales du vagin Le dixième jour après l'intervention la femme, guérie, quitte l'hôpital. Du 28 mars au 4 avril, c'est-à-dire exactement vingt-huit jours après les règles qui ont précédé l'intervention, il apparaît une légère hémorragie.

L'examen pratiqué le 12 avril montre l'existence, notamment à gauche, d'un nodule bleu-violet d'un millimètre de diamètre. Le 2 mai, il survient une nouvelle hémorragie qui persiste encore le 4 mai et qui provient comme la fois précédente, du petit nodule. Depuis lors jusqu'en août 1932, les hémorragies se succèdent régulièrement toutes les quatre semaines ». — Voilà peut-être un argument pour la conception migratoire des endométriomes.

Mais Sampson semble attacher une grande importance aux menstruations rétrogrades, favorisées par la rétroversion, ou par l'existence de fibromes. Le sang menstruel contenu dans les cellules de la muqueuse utérine, pourrait immigrer dans la trompe ouverte et s'implanter sur l'ovaire pour donner lieu à des kystes goudrons. Sous l'influence de la menstruation,

ces kystes pourraient se rompre pour aller ensemencer les régions avoisinantes et en particulier la région recto-vaginale.

La participation de l'endomètre aberrant aux mutations physiologiques de la muqueuse utérine (réactions déciduales et menstruelles) fournit à Sampson une preuve qu'il ne s'agit dans tous ces cas, que d'une même formation pathologique, se manifestant sous divers aspects ; et c'est ainsi qu'on a dans l'ovaire des kystes, et dans le Douglas des adhérences.

4°) La théorie métrasthénique ou constitutionnelle de Lahm et de Jayle, ne nous semble pas dépourvue d'un certain intérêt. D'après ces auteurs, l'adénomyose serait due à une prédisposition héréditaire, à un vice de constitution, à une faiblesse du mésenchyme utérin. L'utérus prendrait des positions défectueuses (rétroflexion, antéflexion à angle aigu), et déterminerait ainsi un état de congestion passive des organes du petit bassin, prédisposant à l'irritation nécessaire pour provoquer les métaplasies de la séreuse dans l'adénomyose.

Il nous semble superflu de citer ici la théorie diverticulaire de Cullen qui ne paraît vraiment pas s'appliquer à l'étude de l'endométriome de la cloison recto-vaginale.

CLINIQUE

Les signes de l'endométriome en général sont assez vagues, et le plus souvent c'est l'intervention chirurgicale qui confirme le diagnostic. Mais un fait capital domine l'étude clinique : l'endométriome est la *seule tumeur dont la croissance est liée au fonctionnement d'une glande endocrine ;* elle naît au cours de la vie génitale et parcourt généralement, comme la muqueuse utérine, toutes les phases du cycle œstrien, pour disparaître au moment de la ménopause. On n'a relevé jusqu'ici que de rares exceptions à cette règle. (Hamant, Mossinger.)

On peut donc dire : sans ovaires pas d'endométriome (Cornit, Hamant) ; donc cette affection atteint plutôt les femmes jeunes en pleine période génitale.

Si nous nous rapportons aux observations citées plus loin, nous remarquerons que le symptôme le plus fréquent et appartenant en propre à l'endométriome est la *dysménorrhée douloureuse* qui, en général, débute avec la menstruation. Mais ce symptôme ne peut être considéré comme pathognomonique car il accompagne nombre d'autres affections.

La localisation de l'endométriome à la C.R.V. présente, par contre, un ensemble de signes plus précis, et le diagnostic de cette lésion, considérée comme rare, est possible, même avant l'intervention, par un examen approfondi.

Les symptômes fonctionnels les plus apparents sont :

1°) La douleur menstruelle ;

2°) Les troubles rectaux ;

3°) Les pertes de sang.

1°) La dysménorrhée douloureuse est le symptôme capital

et sa fréquence s'explique par le fait que la tumeur, au moment des règles, réagit tout à fait comme la muqueuse utérine. Ces douleurs pendant les règles peuvent être d'une violence extrême et donnent parfois lieu à de véritables syncopes. Dans certains cas, on voit ces douleurs survenir avant les règles et persister même après. Mais d'une façon générale, elles présentent leur maximum d'intensité dans les deux premiers jours.

2°) Un symptôme, assez particulier pour l'endométriome R.V. est la *rectalgie menstruelle* associée à du ténesme. Les malades, en général constipées, éprouvent une sensation de corps étranger dans le rectum. Quelquefois on note de la pollakiurie, des douleurs pelviennes exaspérées par la marche, la position assise et la défécation. Même une hémorragie d'ordre menstruel peut se faire dans le rectum, elle est dûe alors à une hyperplasie de la muqueuse et non pas à l'ulcération rectale.

3°) L'existence de la ménorragie est également constante ; le plus souvent, si l'affection est avancée, on voit même apparaître des métrorragies. Dans le premier cas, les règles sont profuses et longues, durant 12 à 15 jours parfois. Dans le deuxième cas, on voit un sang noir ou un liquide sanguin très altéré. Quand la tumeur a une évolution vaginale, on constate un suintement hémorragique provenant des polypes adénomyosiques du vagin. L'anémie secondaire qui suit, est presque toujours grave et Westmann a vu l'hémoglobine diminuer jusqu'à 31 %.

4°) Enfin très souvent existe un symptôme signalé par King, Donald, Michon et Comte, qui est de la *dyspareunie*, la douleur pendant le coït. Cette douleur a une valeur dans les cas de lésions au début, et s'explique par le siège de l'endométriome dans le cul-de-sac postérieur et par son traumatisme au moment du coït.

Cette analyse des symptômes montre que l'association de la dysménorrhée avec les douleurs rectales, constitue le signe le plus caractéristique de l'endométriome R.V.

Signes physiques

Les renseignements fournis par le toucher vaginal sont variables, suivant le développement de la tumeur. Les signes sont superposables aux formes anatomiques, énumérées à propos de l'anatomie pathologique (forme vaginale, nodulaire, diffuse et une forme pelvienne).

Au début, on peut sentir un ou plusieurs petits kystes arrondis, soulevant la muqueuse du cul-de-sac postérieur. Parfois, au contraire, on constate un nodule unique du volume d'une noisette, mal limité, à contours un peu flous ; il est un peu mobile et adhère entièrement à la face postérieure du col plutôt qu'au rectum. Mais au toucher rectal la muqueuse glisse facilement sur la tumeur.

A la dernière période, l'endométriome peut se traduire cliniquement par l'existence d'une véritable tumeur diffuse comblant le Douglas. Elle est irrégulière, de consistance inégale, kystique par place.

L'endométriome adhère largement au rectum, l'encercle et le refoule. La muqueuse vaginale peut être ulcérée, complétant ainsi l'apparence de malignité.

On terminerait utilement l'examen clinique par une exploration au speculum et elle montrera, au niveau du cul-de-sac postérieur, des taches bleues sur la muqueuse.

Le toucher rectal est d'une importance primordiale et sa pratique permet de préciser mieux le siège de la tumeur. La muqueuse rectale, au commencement, est mobile sur le plan postérieur ; dans les cas avancés elle est fixée et la lumière du rectum peut être fortement rétrécie.

Si les ovaires sont augmentés de volume, il faut penser à la coexistence de l'endométriome de l'ovaire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Dans les formes de début, les signes fonctionnels peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Mais en présence d'un nodule siégeant au niveau de la cloison R.V., il faudrait penser aux nodules fibromateux vaginaux, aux formations kystiques de la métrite cervicale chronique. Le diagnostic augmente d'importance dans le cas de tumeur étendue dans la cloison R.V., et il faut alors discuter :

1°) Le fibrôme ;

2°) Les fibroses périmétro-rectales ;

3°) Les tumeurs malignes.

1°) Le fibrôme de la cloison R.V. est une affection très rare qui, en général, ne donne pas de symptômes fonctionnels à son début et elle n'est découverte qu'à un stade très avancé. Le volume, la mobilité et la limitation de la tumeur doivent faire éliminer le diagnostic d'endométriome.

2°) Les affections inflammatoires (gonococcique ou puerpérales) aboutissent parfois à des lésions scléreuses des organes génitaux internes chez la femme. Ces lésions fibreuses provoquent chez les malades des troubles génitaux : douleurs, dysménorrhée et dyspareunie. Le toucher vaginal donne la sensation des masses fibreuses dures qui encerclent le rectum. Dans ces cas on peut penser à un endométriome, mais le diagnostic sera tranché par la recherche des antécédents génitaux (métrite, salpingite).

3°) De tous les diagnostics le plus important est celui d'une tumeur maligne. Cullen et Derocques conseillent dans tous les cas de faire un examen au rectoscope. L'absence d'ulcéra-

tion de la muqueuse rectale parle en faveur de l'endométriome.

Parmi les tumeurs malignes, c'est surtout le *cancer du rectum* qui est à éliminer.

La biopsie est toujours nécessaire. En général c'est l'état de la muqueuse qui tranche le diagnostic. Dans l'endométriome, elle n'est jamais envahie et elle oppose une barrière à l'extension de la néoformation.

Il faut différencier aussi cette affection des tumeurs paravaginales décrites par Winternitz, Carnac, Rivalt.

Plus rarement on pourrait avoir à discuter le diagnostic de sarcome de la cloison R.V. qui a contre lui sa grande rareté.

PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

Le pronostic des endométriomes recto-vaginaux est le plus sérieux de toutes les formes de l'adénomyose. En raison de leur nature histologique, ces tumeurs, considérées comme bénignes, deviennent graves par la généralisation intense des adhérences sur tous les organes du petit bassin. Les crises douloureuses répétées, l'atteinte rapide de la paroi rectale, l'amaigrissement et l'anémie consécutive font que les malades réclament elles-mêmes une intervention rapide.

Cullen cite un cas de compression urétrale et de distension pyélique ayant amené l'hydronéphrose. Les compressions peuvent s'exercer sur les nerfs du plexus sacré.

La transformation maligne est exceptionnelle, mais selon Delannoy et Bedrine, elle ne doit pas être considérée comme inadmissible. Forgue et Soulas, étudiant les rapports entre le fibrôme et le cancer du corps, pensent que certains de ceux-ci sont dus à la dégénérescence des noyaux adénomyomateux au sein de la tumeur bénigne. Michon et Comte admettent, sans apporter des faits concluants, que quelques cancers de cloison recto-vaginale peuvent avoir leur point de départ dans les adénomyomes de la région.

TRAITEMENT

Malgré le caractère bénin des endométriomes, une thérapeutique active s'impose, du fait que ces tumeurs peuvent augmenter de volume et devenir parfois inextirpables.

Le traitement par les moyens physiques n'a donné jusqu'à présent que des déboires. La thérapeutique par le radium, soit par son action directe sur la tumeur, soit indirectement sur les ovaires, a donné à Herly des récidives après plusieurs applications.

Lockyer et Griffith admettent également que les résultats de la curiethérapie sont mauvais.

En ce qui concerne la rœntgenthérapie, elle aurait donné des résultats satisfaisants à Heineberg et Wiliamson ; pour d'autres auteurs, cette radiothérapie causerait des échecs.

Actuellement l'intervention chirurgicale est la seule pratiquée et l'excision de l'endométriome par voie abdominale associée à l'hystérectomie totale avec castration paraît être le traitement de choix.

La voie vaginale est à déconseiller pour les raisons suivantes : Elle ne donne pas assez de sécurité dans le temps dangereux de la libération du rectum et elle ne permet pas l'inventaire du petit bassin (Condamin et Michon). La voie abdominale permet un décollement du rectum sous le contrôle de la vue, ainsi qu'un examen aisé des ovaires, du Douglas et de l'anse sigmoïde.

La laparotomie faite, on enlève d'abord les ovaires (la suppression de l'action hormonale de l'ovaire suffit parfois à arrêter la progression de l'endométriome), ensuite l'utérus et la tumeur. Si la tumeur se sépare mal du rectum, il vaut mieux,

selon l'opinion de nos maîtres (Professeur Bégouin et Professeur Papin) laisser une portion adhérente au rectum (les fragments laissés adhérents disparaissent spontanément du fait de la castration ovarienne) que de faire une brèche rectale.

En général, la forme anatomique fixera la conduite opératoire et avec Michon et Condamin nous donnons le schéma suivant :

1°) Dans les formes de début, l'intervention vaginale est possible à la rigueur, mais elle est à déconseiller car elle ne permet pas l'examen du bassin.

2°) Dans les formes nodulaires localisées, faire l'ablation complète de l'utérus et de la tumeur qui, à ce stade, se décolle bien du rectum.

3°) Dans les formes diffuses, la même opération que dans les formes nodulaires, mais il ne faut pas s'acharner à enlever toute la tumeur si le décollement ne se fait pas bien (Bégouin, Papin, Michon et Condamin).

4°) Dans le cas d'adénomyomatose pelvienne diffuse avec phénomènes de compression, Lockyer fait un anus iliaque définitif et dans un deuxième temps, il enlève en bloc : tumeur, utérus et rectum.

En somme le diagnostic de l'endométriome de la C.R.V. une fois posé, la cure radicale préconisée par la majorité des auteurs est devenue l'opération courante de ces tumeurs.

Il nous semblait utile de relater les résultats de King, qui ont trait aux endométriomes pelviens : sur 123 cas opérés par lui, il accuse 3,2 % de mortalité opératoire. Il base ses résultats éloignés sur 86 cas opérés avant 1924. Parmi ceux-ci : 57 castrations totales ont amené 57 guérisons. On a fait 23 excisions de la tumeur sans hystérectomie — 13 guérisons seulement ; 7 hystérectomies avec conservation ovarienne — 7 guérisons. King croit assez fréquente l'évolution d'endométriome sur les ovaires.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

dûe à l'extrême obligeance de MM. Charbonnel et Darmaillacq.

Mme G..., 39 ans, entre à l'hôpital le 28 février 1934. Présente depuis l'âge de 17 ans une vieille histoire de dysménorrhée douloureuse.

8 jours avant les règles apparaissent dans le bas ventre des douleurs violentes à type de torsion profonde, sans irradiation, mais accompagnées du ténesme rectal et vésical.

Ces douleurs sont telles qu'elles obligent la malade à cesser toute occupation dans les huit jours qui précèdent les règles ; elles se calment ensuite au moment où apparaissent les pertes du sang.

En dehors de cette dysménorrhée et de douleurs au coït extrêmement vives, la malade se porte bien dans l'intervalle de ses règles, il n'y a pas de perte de sang.

Au toucher, utérus en antéposition, un peu gros, de consistance pas très dure. Pas de douleur à la mobilisation de l'utérus, mais la pression directe est douloureuse.

Annexes douloureuses à gauche.

Pas de masse dans le Douglas ou dans la cloison recto-vaginale. On pense à un endométriome ou à une dysménorrhée d'origine ovarienne.

A la laparotomie, utérus un peu gros, rougeâtre ; l'épiploon adhère à la paroi antérieure, bien qu'il n'y ait pas de lésions annexielles. A la partie postérieure, il existe un dépoli du péritoine, avec de petits kystes bleuâtres, translucides, conglomérés, atteignant le volume d'un gros pois.

Hystérectomie subtotale.

Examen anatomo-pathologique : (Sabrazès).

Utérus fibromateux. La muqueuse atteinte présente des érosions hémorragiques sans néoplasie. Dans la paroi, on trouve des tubes glandulaires, ayant la structure des tissus glandulaires de la muqueuse utérine, entourés d'un chorion et des fibres musculaires lisses déposées assez régulièrement dans l'atmosphère des tubes, ce qui cadre avec l'idée d'une formation endométriomateuse.

OBSERVATION II.

M... (Gisèle), 30 ans, de Bordeaux.

Entrée à l'Hôpital Boursier (service du professeur Guyot) le 20 juillet 1930.

Malade envoyée par le docteur Jean Villar pour sensation de pesanteur dans le petit bassin, sans hémorragie ni pertes purulentes.

HISTORIQUE. — Il y a trois ans, la malade eut une grossesse avec placenta praevia (ce qui conduisit son médecin à faire un accouchement prématuré à huit mois). Depuis cette époque, elle présente des sensations de pesanteur dans le bas-ventre (sans crises douloureuses nettes, sans irridiations), se produisant au moment où elle se fatigue et se tient debout, disparaissant au repos. Jamais de crises avec température ou nausées. Pertes blanches sans caractère. Règles normales.

N'a jamais souffert en urinant. Pas de constipation. Mais pesanteur dans le bas-ventre. Rapports douloureux, et parfois sensations pénibles en allant à la selle.

EXAMEN : Au toucher vaginal. — Le vagin regarde en haut et en avant ; col normal ; l'utérus présente une rétroversion non réductible. Tentative de redressement douloureuse.

On est frappé, au toucher vaginal, de l'existence de deux ou trois nodules durs qui paraissent sous-vaginaux.

Ces nodules sont très sensibles à la pression. Ils sont fixes et semblent faire partie de la cloison recto-vaginale à tel point qu'on place le speculum pensant les voir. Mais on n'aperçoit rien d'anormal.

Au toucher rectal. — On se rend compte que les nodules paraissent antérieurs à la paroi rectale et que l'on mobilise nettement la muqueuse sur eux.

DIAGNOSTIC. — On est un peu embarrassé pour trancher le diagnostic entre de petits nodules fibromateux de la face postérieure de l'utérus faisant saillie dans le Douglas et une adénomyomatose recto-vaginale possible.

Une intervention est décidée.

OPÉRATION. — Le 1er août, opération, à l'Hôpital Boursier, par le docteur Jean Villar.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On trouve tout de suite une annexite bilatérale, avec rétroversion utérine. Ayant libéré les annexes des deux côtés, on arrive sur une masse inflammatoire d'aspect polykystique, remplissant le Douglas, extrêmement adhérente à la face postérieure de l'utérus et au rectum, qui la recouvre.

Après avoir péniblement décollé le rectum jusqu'au-dessous de la masse qui occupe, nettement, la partie haute de la cloison recto-vaginale, on fait alors le diagnostic d'adénomyome recto-vaginal, imposant une hystérectomie totale.

L'aspect de la lésion reproduit typiquement, en effet, la figure de Michon et Comte. Les nodules siègent à la face postérieure de l'utérus, de l'isthme et du col, sont kystiques, les uns citrins, les autres bleuâtres.

Refoulement de la vessie, qui se clive mal ; difficulté d'hémostase au niveau des ligaments utéro-sacrés, enflammés et épaissis.

Section du vagin au-dessous de la lésion. Bonne hémostase.

Drainage vaginal par un drain et deux mèches.

Péritonisation haute, colo-vésicale, hermétique.

DEUXIÈME TEMPS. — Appendicectomie sans enfouissement, pour appendice gros, long, rouge, sans adhérences.

Fermeture en trois plans, sur un petit drain abdominal.

Pouls à 110. Température à 38 degrés dans les trois premiers jours, faciès excellent. Silence abdominal complet. Les gaz sont émis dès le deuxième jour.

Le 7 août, ablation des mèches et du drain vaginal.

Le 14 août, ablation des points, cicatrisation *per primam*.

Le 24 août, la malade sort du service, complètement guérie.

Revue en mai 1932. Excellent état local et général. Aucune récidive.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Par suite d'un défaut de fixation, il n'a pas été possible d'avoir un examen histologique de la tumeur.

OBSERVATION III.

(dûe à l'extrême obligeancce de M. le Professeur PAPIN)

Mme G..., 48 ans, entre à la clinique Pasteur le 22 avril 1928. Cette malade accuse quelques pertes de sang irrégulières, survenant depuis près d'un an, au voisinage de ses règles qui se trouvent nettement augmentées. Elle a aussi une sensation de pesanteur rectale et pelvienne. A l'examen on constate un utérus volumineux de consistance fibromateuse ; l'augmentation de volume porte surtout sur la partie inférieure et postérieure. Il existe là des nodosités qui semblent descendre très bas entre le rectum et le vagin et être assez fixées ; on ne les délimite pas exactement et elles donneraient presque l'impression de masses diffuses que donnent des reliquats de vieille hématocèle.

Opération le 24 avril 1928. Laparotomie sous-ombilicale.

L'utérus fibromateux est enlevé par hystérectomie, mais celle-ci étant donné le siège très bas des lésions, doit être une hystérectomie totale et sectionne le vagin. Les nodosités dures senties à l'examen et qui semblent des masses fibromateuses venues de la partie postérieure de l'isthme s'infiltrent dans la C.R.V. et rendent difficile l'hystérectomie totale qui est pratiquée.

La guérison opératoire s'est faite sans incidents.

En mai 1936, soit huit ans après l'opération, la malade est parfaitement bien portante.

Examen histologique. (Bonnard et Piéchaud).

La tumeur utérine enlevée forme une masse myo-conjonc-

tive, ondulante et tourbillonnante, contournant les vaisseaux et cloisonnée par d'épaisses lames collagènes. Çà et là elle est découpée par des tubes glandulaires engaînés par une couche cytogène ; le complexe histologique est la copie fidèle de la cavité utérine ; on peut donc porter le diagnostic d'endométriome puisque l'examen de la pièce a montré que la tumeur n'était pas en relation de continuité avec l'endomètre en certains points ; les éléments tumoraux présentent une certaine juvénilité, mais sans caractère de malignité, tandis qu'ailleurs ils présentent une vitalité diminuée, en rapport avec la nécrobiose.

OBSERVATION IV.

(L. Michon et E. Condamin)

Communication à la Société de Chirurgie de Lyon, séance du 19 mars 1931 (*Lyon Chirurgical*, 1931, p. 626).

Forme diffuse d'adénomyome recto-vaginal

Mme M..., âgée de 45 ans, a eu quatre enfants ; le dernier accouchement a nécessité une application de forceps. Réglée à 10 ans, elle l'était normalement ; elle n'a présenté aucune manifestation génitale digne d'être signalée.

Il y a environ un an, les règles qui, jusqu'alors, avaient une durée de cinq à six jours, devinrent plus abondantes et l'écoulement menstruel dura douze à quinze jours. Mais surtout a paru une dysménorrhée douloureuse, intense, très marquée, incommodant la malade. En même temps s'installait une rectalgie menstruelle très caractéristique. Les règles une fois terminées, il ne persiste aucune douleur et la défécation est normale.

Le premier médecin consulté aurait perçu une tumeur à l'arrière de l'utérus et conseillé à la malade de voir un chirurgien.

Ce n'est que récemment que la malade, non améliorée et présentant des métrorragies presque continuelles, vient consulter le Docteur Condamin.

L'examen montre alors par le toucher vaginal une infiltra-

tion dure du cul-de-sac postérieur, qui amarre le col en rétroposition et permet de sentir de petits polypes saignottants que Condamin prend d'abord pour un envahissement néoplasique d'une tumeur de l'ovaire fixée dans le cul-de-sac postérieur. Pourtant ces polypes ne sont pas du tout friables.

Le toucher recto-vaginal révèle l'existence d'une tumeur du volume d'une noix verte, occupant l'espace recto-vaginal et adhérent par contact direct au cul-de-sac postérieur et au rectum. La muqueuse rectale, quoique au contact direct de la tumeur, est lisse et glisse sous les doigts. L'utérus est normal mais fixé ; les annexes ne sont pas perçues ; la tumeur est un peu latéralisée et mieux perçue du côté droit que du côté gauche.

Les renseignements donnés par le toucher recto-vaginal font penser à Condamin à la possibilité d'un endométriome de l'espace recto-vaginal.

Et pour confirmer le diagnostic, il pratique un examen au speculum : celui-ci montre, d'une part, des petits polypes filiformes portant à l'extrémité un point noir, ce qui fait ressembler la lésion à une « corne d'escargot » ; d'autre part, la muqueuse du cul-de-sac postérieur qui est foncée, inextensible, est soulevée par les petits kystes bleuâtres caractéristiques de l'affection.

A partir de ce moment, le diagnostic est certain. Toutefois, Condamin fait une biopsie, qui donne le résultat suivant :

« Sous l'épithelium malphigien muqueux du vagin et dans un stroma fibroïde on trouve, bordées par un anneau discontinu de stroma cytogène très richement vascularisé, des cavités glandulaires à épithélium cilié. C'est la structure des endométriomes. Les points noirs à l'extrémité des polypes correspondent à des hémorragies intrakystiques ».

Dans ces conditions, l'intervention est décidée.

INTERVENTION (13 mars 1931, Michon, Condamin). — Anesthésie au Schleich. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre, l'appareil génital apparaît comme normal : l'utérus n'est pas gros, les annexes sont saines et les ovaires notamment ne portent aucune formation kystique pouvant faire suspecter un endométriome de l'ovaire.

Par la main enfoncée dans le Douglas, on perçoit le pôle supérieur de la tumeur, qui est sous-péritonéale. Le cul-de-sac de Douglas est diminué dans le sens antéro-postérieur, et le fond apparaît comme froncé.

On se propose, comme but, de faire une hystérectomie totale et d'enlever la tumeur avec une large collerette vaginale postérieure. Libération habituelle de l'utérus par section progressive des pédicules, mais le bassin est profond et surtout l'utérus n'ascensionne pas du tout, malgré les tractions : en réalité, la tumeur est située en entier au-dessous du plan de section, qui va passer par le dôme vaginal. Comme la tumeur tient intimement à la paroi rectale, on taille en plein dans sa masse, sans vouloir, de parti pris, l'enlever en totalité, persuadé que l'on ferait ainsi une brèche rectale importante. On laisse donc en place, après l'ablation de l'utérus, un macaron adhérent au rectum et quelques formations polypoïdes du cul-de-sac postérieur, que l'on ébarbe aux ciseaux. Péritonisation haute. Suites simples.

L'examen de la pièce montre dans l'épaisseur de la lèvre postérieure un kyste endométrial, du volume d'un noyau de cerise, et contenant du sang noir. La coupe des ovaires ne révèle aucune formation kystique pouvant faire penser à un endométriome. Un examen histologique de la paroi du kyste confirme le diagnostic d'endométriome.

En somme, il s'agit d'une forme diffuse d'endométriome recto-vaginal avec polypes endométriomaux du cul-de-sac postérieur.

OBSERVATION V.

(Tixier et Polloson)

Société de Chirurgie de Lyon, séance du 1er mai 1930

Adénomyome de l'espacce recto-vaginal
Hystérectomie abdominale totale - Guérison

Mlle M..., 40 ans, a toujours été réglée très régulièrement, depuis l'âge de 11 ans ; règles indolores, d'abondance normale. Son histoire débute en mai 1929 par une rectorragie, et durant tout un mois, en allant à la selle, émission d'une

petite quantité de sang rouge. La malade ne souffre pas. Cet incident s'arrête spontanément, pas d'hémorroïdes. En août 1929, entre les règles, petites pertes rosées ou sanglantes continues, sans odeur, durant environ deux à trois semaines par mois. Les règles sont devenues douloureuses. A noter que cette dysménorrhée reste légère ; ce n'est point les phénomènes douloureux qui conduisent la malade à l'examen médical, mais plutôt les pertes continues. Les examens divers discutent un néo du rectum, un néo du col ou une cyste. Les troubles urinaires ont été cependant passagers et très légers.

La malade est vue en février 1930. Sa virginité rend l'examen difficile ; elle permet cependant de percevoir, par un toucher en ciseau, une petite masse, d'un volume d'une noix verte, qui bombe dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Elle donne l'impression d'être végétante ; le doigt la fait saigner facilement. Cette masse se développe dans la cloison recto-vaginale, sans cependant adhérer au rectum, dont la muqueuse est absolument libre et glisse sous le doigt. Elle monte derrière l'utérus, sous forme d'une coulée dont on n'arrive pas à préciser la limite supérieure. Elle paraît être fixée infiniment plus dans la partie postérieure de l'isthme utérin qu'à la paroi antérieure du rectum. Le col paraît sain. L'utérus, de volume normal, en antéflexion physiologique. Annexes non perçues.

Le 22 Février, sous anesthésie générale, après dilatation de l'hymen grâce à deux valves, on aperçoit la tumeur dans le cul-de-sac postérieur sur la ligne médiane, sous forme d'une masse d'aspect grenu, recouverte par la muqueuse vaginale, lisse et brillante, sous laquelle on distingue par transparence de petits kystes bleu noir. En deux endroits, des points rouges framboisés, un peu comme des bourgeons charnus, sont saignotants. Biopsie large.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (Poldosson). — Adénomyome typique. Le revêtement malpighien vaginal absolument normal. Le tissu sous-adjacent est constitué par un bloc fibro-conjonctif banal, sans signe d'inflammation, mais contenant de nombreuses cavités kystiques, tapissées d'un épithélium glandulaire cylindrique unistratifié. Histologiquement lésion essentiellement bénigne.

Le 4 Avril 1930, intervention (Prof. Tixier, Pollosson, Arcas-

sonne). Incision de Pfannenstiel. Hystérectomie totale difficile car il s'agit d'une femme grasse, à bassin profond et à tissus friables. De plus il est impossible, étant donné la rétraction du Douglas, de mobiliser l'utérus en arrière pour le faire monter. On entre dans le vagin en avant et on aperçoit très nettement la tumeur occupant le cul-de-sac postérieur et se prolongeant dans le Douglas sous forme d'une masse très adhérente aux parois du rectum. On hésite à passer en arrière, car pour cela il faudrait réséquer une large portion du rectum. On décide d'aborder la tumeur en avant par la cavité vaginale et on la sectionne de bas en haut en rasant le bord antérieur du rectum.

On enlève ainsi la plus grande partie de la tumeur, mais il est évident que s'il s'agit d'un cancer ce serait une mauvaise opération.

Péritonisation haute avec le sigmoïde sur un tamponnement vaginal avec mèches. On découvre à ce moment, au niveau du sigmoïde, une petite tumeur foncée. Il s'agit très certainement d'un adénomyome co-existant de l'intestin. On le respecte.

EXAMEN DE LA PIECE. : Tumeur faite d'un petit bloc adénomyomateux adhérent à la partie postérieure de l'isthme utérin. L'utérus, petit, présentant de petites tumeurs des cornes, on aurait pu penser à des adénomyomes. L'histologie montre que ce sont des fibromyomes. Trompe saine. Ovaires d'aspect et de volumes normaux. L'un d'eux présente un petit kyste à contenu épais et noirâtre. L'examen histologique des fragments prélevés sur la pièce opératoire confirme le résultat de la biopsie. A signaler cependant que le petit kyste ovarien n'est qu'une formation kystique banale et non point, comme on aurait pu le croire, un endométriome.

Suites opératoires favorables. Dès les vingt-quatre premières heures, cependant une hémorragie abondante jugulée par un tamponnement vaginal, injection sous-cutanée de sérum et hémostyl. Le 30 Avril, cicatrice vaginale excellente, mais dans le Douglas, résistance indiquant que le noyau d'adénomyome, qui a été dilacéré plus qu'enlevé n'est pas entièrement résorbé.

OBSERVATION VI

(L. Michon et Santy)
Société de Chirurgie de Lyon
séance du 12 janvier 1928, *Lyon Chirurgical.*

Endométriomes de l'espace recto-vaginal.

A. I. — M^me^ B..., 45 ans, est vue le 30 janvier 1925. Elle a eu 2 enfants et une fausse couche. En 1916, pneumonie double. Actuellement, elle se plaint de douleurs abdominales continues, mais beaucoup plus marquées au moment des règles, où elles ont un retentissement intestinal très net. Au toucher vaginal, utérus augmenté de volume, dévié vers la droite et paraissant refoulé par une masse gauche bloquée contre l'S iliaque. On porte le diagnostic d'annexite gauche ancienne, avec pelvis bloqué et utérus fixé. Le 2 mai 1925, même situation.

Le 12 mai 1925, laparotomie médiane. La masse gauche, que l'on avait prise pour une annexité correspond à un bloc fixant l'utérus au haut rectum et très difficile à cliver. On croit à un épithélioma. Après hystérectomie totale, on ampute le rectum. Opération difficile, car préparation intestinale insuffisante ; inondation septique du pelvis, décès le troisième jour.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (Noël). — L'épithelium de recouvrement de l'S iliaque est normal. Sous lui, dans la sous-muqueuse, dans la musculeuse, multiples formations glandulaires à évolution kystiques, recouvertes par un épithélium unistratifié, formé de cellules cylindriques basses. Ces formations, entourées par stroma cytogène, rappellent l'aspect de certaines métrites hyperplastiques beaucoup plus que celui des néo-intestinaux. Ces formations glandulaires existent dans toute l'épaisseur de la paroi, mais elles sont d'autant plus abondantes en nombre que l'on s'éloigne de la surface épithéliale. C'est l'aspect d'un endométriome intestinal ayant envahi toute l'épaisseur de la paroi recto-sigmoïdienne.

B. II. — M^me^ J..., 43 ans, vue le 10 octobre 1927. A eu deux jumeaux. Actuellement, troubles de la ménaupose. En juin 1927, a eu une perte rouge prolongée, suivie de pertes fétides

et d'une abondante leucorrhée. Depuis très longtemps, elle avait de la dysménorrhée douloureuse. Amaigrissement, anorexie. Au toucher gros utérus antéfléchi. Les deux annexes perceptibles, mais en dimensions d'un macaron adhérent au col et infiltrant l'espace recto-vaginal. On pense qu'il doit s'agir d'un cancer vaginal au début, soit d'un adéno-carcinome pelvien.

Le 18 octobre, par toucher rectal, la masse paraît plus volumineuse et l'on a la sensation qu'elle vient du vagin, car si la muqueuse rectale est immobilisée, elle n'est pas ulcérée. Par contre, par le toucher vaginal, on a l'impression qu'il s'agit d'un néoplasme rectal, mais là également la tumeur est très près de la muqueuse.

INTERVENTION (19 octobre 1927). — Laparotomie médiane sous rachianesthésie ; l'S iliaque est très long. On découvre la tumeur sondant la face antérieure du rectum à la face postérieure du vagin supprimant le Douglas. On diagnostique une tumeur néoplasique.

Le 2 novembre 1927, pensant à la possibilité d'un endométriome recto-vaginal, examen au speculum du cul-de-sac postérieur, dans le but de rechercher des kystes bleus caractéristiques de cette lésion. Il en existe de très nets.

DEUXIEME INTERVENTION (4 novembre 1927). — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane. On attaque comme pour une hystérectomie totale, mais au niveau de la partie rectale de la tumeur, on isole la masse du Douglas, et au niveau de la partie rectale de la tumeur, on ouvre la muqueuse pour pouvoir libérer l'adhérence à ce niveau, et l'on termine en sectionnant le vagin assez bas. Il reste alors à la face antérieure du rectum une perte de substance grande comme une pièce de 2 francs. Suture transversale en deux plans. Deux mèches pelviennes sortent par le vagin, péritonisation haute. Suites opératoires simples, sauf une petite suppuration de la paroi.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (Noël). — Macroscopiquement, une coupe intéressant d'un côté la muqueuse vaginale, de l'autre la muqueuse rectale, montre qu'il s'agit d'un volumineux adénomyome. Histologiquement, aspect caractéristique d'un endométriome ; tubes épithéliaux formés de cellules cubiques, unistratifiées et entourées d'un abondant stroma cytogène.

OBSERVATION VII.

(Thèse de Simian, Montpellier 1914)

Femme de 54 ans, règlée à 17 ans. Règles durent de quatre à sept jours. Suppression des règles pendant onze semaines, puis hémorragie abondante ; amaigrissement. Selles irrégulières suivies de constipation opiniâtre avec douleur. A la palpation, on constate à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse, le dôme d'une tumeur solide, insensible, et peu latérale. Le toucher vaginal nous montre un col gros regardant en arrière, dont l'orifice externe est transversal et bien ouvert. L'utérus est en anteflexion et contient, sur sa paroi intérieure, un myome gros comme le poing. Dans la paroi postérieure du col se trouve une tumeur de volume d'un œuf de pigeon, qui semble en connexion intime avec la paroi rectale. La palpation rectale permet mieux de sentir ce nodule cervical. A l'intervention, épaississement de la paroi rectale, le rectum est rétréci à cet endroit, élargi au dessus. La libération de l'utérus et de l'intestin est difficile. On enlève l'utérus et on résèque le segment rétréci du rectum. On suture la brèche bout à bout. Anus-iliaque. Guérison.

Etude microscopique : L'utérus a 15 centimètres de long. Il est réuni au rectum par une surface irrégulière formée d'un tissu dur. La muqueuse utérine est épaissie, polypeuse. A la coupe du col on voit un tissu plus dense qui se sépare de la structure de l'utérus qui l'entoure, on y voit aussi des espaces en fentes ou arrondis ; la tumeur rectale a le même aspect et la paroi du rectum atteint une épaisseur de 1 cent. 1/2. Le rétrécissement du rectum n'est pas assez marqué pour faire la sténose.

CONCLUSIONS

I. — L'endométriome de la cloison recto-vaginale est une tumeur bénigne et sa croissance est liée à un facteur hormonal ovarien.

II. — La pathogénie de cette affection est encore actuellement discutée et la multiplicité des hypothèses montre bien que cette question est loin d'être résolue.

III. — Histologiquement, l'endométriome, par sa structure et ses réactions fonctionnelles rappelle « un petit utérus en miniature ».

IV. — Au point de vue clinique, cette tumeur ne comporte aucun symptôme pathognomonique. Cependant la dysménorrhée douloureuse et la rectalgie menstruelle doivent faire envisager le diagnostic.

V. — Le diagnostic d'endométriome entrevu, l'intervention s'impose. L'exerèse de la tumeur sera le traitement de choix et s'accompagnera de l'ablation des ovaires et de l'utérus. Mais pratiquement il faudra savoir se contenter d'une excision incomplète de la tumeur, lorsque l'exérèse totale de celle-ci entraînerait des délabrements trop considérables.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma lan-

gue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

VU : *Le Doyen,*
Pour le Doyen :
Le Professeur : J. GUYOT

VU : BON A IMPRIMER,
Le Président,
Signé : BÉGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Bordeaux, le 21 Juillet 1936.
Le Recteur de l'Académie
A. TERRACHER

BIBLIOGRAPHIE

Bowning (H.-H). — Rectovaginal adenomyome tracted with radiologie methods. « Radiology », 25 July 1935.

Chydenius (J.-J.). — Pathology and therapy of rectovaginal endometrioses « arb. a. d. Inst. d. Univ. » Helsinfors, 8, 1935.

Delannoy (Emile) et Drine (Henri de). — Evolution anatomique des endométriomes. « Echo Médical du Nord », Juin 1935.

Leuret (J.). — A propos du diagnostic clinique des endométriomes. « Gazette méd. de France et des pays de langue française », 1er mai 1935.

Didier (R.). — Tumeur de la cloison recto-vaginale. « Bull. et Mem. de la Soc. Nationale de Chirurgie », Janvier 1933.

Bonneau (Raymond). — Deux observations d'endométriomes. « Bull. et Mem. de la Soc. de Chirurgie de Paris », n° 4, 17 février 1933.

Green. Armytage Dald. — Endométriomes. Les cinq types cliniques. « The Brit medical journal », n° 3770, avril 1933.

Léo (G.). — A propos de l'endométriome. « Bull. et Mem. de la Soc. de Chirurgie de Paris », 1933.

Sourgen. — Adenomyome de la C.R.V. « Thèse », Bordeaux 1932.

Seitz (L.). — Ueber Genese, Klinik und Therapie der Endometriosis. « Zentralbl. fûr Gynäk. », juillet 1932.

Michon et Condamin. — « Lyon Chirurg. », sept. oct. 1931.

Novak (E.). — Pelvie endometriosis spontaneous rupture fo endometrial cysts, with report of 3 cases. Am. J. Obst. and Gynecol. », déc. 1931.

Oberling. — Les endométriomes. « Presse Médicale », 1930.

Tixier et Pollosson. — Adénomyomes de l'espace recto-vaginal. « Lyon Chirurgical », 1930.

Hamant, Cornil, Mossinger. — Les états endométrioïdes, l'endometriose et l'endométriome tubaires. « La Presse Méd. », n° 80, 4 octob. 1930.

Heyman (J.). — Ein erfolgreich rentgenochaudelter. Fall von Endometriosis recto-vaginalis. « Strahlentherapie » 37, 1930.

Lauche. — Sur les formations déciduales du vagin comme contribution au diagnostic de la dénofibromatose de la C.V.R. « Zentralblatt fûr Ginäk », n° 45, 8 nov. 1929.

Michon et Santy. — Endométriomes de l'espace R.V. « Lyon Chirurgical », février 1928.

Bégouin et Papin. — Précis de pathologie chirurgicale, éd. 1928, Masson, Paris.

Michon et Comte. — Adénomyome de l'espace R. V. « Lyon Chirurgical », 1926.

Jayle. — Le solénome du ventre de la femme. « Rev. Franç. de gin. et d'obst. », mai 1926.

Sampson (J-A.). — Perforating and especialby their relation of the ovary. Their importance and especialby their relation to pelvie adenomas of endometrial typ of the uterus, recto-vaginal septum, sigmoid etc. « Amer of surg. », 1921. III.

Forgue et Massabuau. — L'adénomyomatose diffuse de l'utérus et du rectum. « Paris Médical » 1913. T. I.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

1. Introduction 13
2. Historique 14
3. Anatomie pathologique de l'Endométriome de la C.R.V. .. 15
4. Pathologie 18
5. Etude clinique 22
6. Diagnostic différentiel 25
7. Pronostic et complications 27
8. Traitement 28
9. Observations 31
10. Conclusions 43
11. Bibliographie 45

Bordeaux. — Imp. J. PECHADE